

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Maurice PINALIE

Né à Paris, le 25 Janvier 1890.

DES COMPLICATIONS MÉNINGÉES

DE

L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

AVEC OU SANS SEPTICÉMIE

Travail de la Clinique des Maladies contagieuses.

Président : M. TEISSIER, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1923

49

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Maurice PINALIE

Né à Paris, le 25 Janvier 1890.

DES COMPLICATIONS MÉNINGÉES

DE

L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

AVEC OU SANS SEPTICÉMIE

Travail de la Clinique des Maladies contagieuses.

Président : M. TEISSIER, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET
PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	N.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SCEUR

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

Professeur de Clinique des maladies contagieuses
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital Claude Bernard

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

MONSIEUR LE DOCTEUR E. SCHWARTZ

Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

MONSIEUR LE DOCTEUR KÜSS

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET

Médecin des Hôpitaux.

PRÉFACE

S'il est fréquent au cours de l'érysipèle de la face, de voir apparaître des accidents nerveux, notamment du délire et des convulsions, il est exceptionnel qu'on puisse en affirmer l'origine méningée. Nous avons eu cependant l'occasion, durant notre séjour comme externe à la Clinique des maladies contagieuses de l'Hôpital Claude Bernard, d'observer un cas de méningite suppurée, chez une malade atteinte d'érysipèle de la face. C'est alors, qu'encouragé et guidé par notre Maître, M. le Professeur TEISSIER, nous avons entrepris quelques recherches bibliographiques et que nous avons essayé de montrer les raisons de la rareté de cette complication.

Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre à nous de remercier M. le Professeur TEISSIER de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, des conseils qu'il nous a prodigués, et de l'honneur qu'il nous fait actuellement en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions également M. le Professeur agrégé TANON et M. le Docteur GASTINEL, Chef de Clinique, de l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée dans la rédaction de ce travail. Nous n'oublierons pas non plus M. le Docteur CATHALA, Interne des Hôpitaux, à qui nous devons l'étude anatomo-pathologique et bactériologique du cas que nous rapportons.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547525_0028

HISTORIQUE

Pour les anciens auteurs qui englobaient sous le même nom de phrénésie, tous les accidents cérébraux susceptibles d'engendrer le délire, il semble qu'il y ait eu confusion entre les états méningés qu'on observe parfois au cours de nombreux états infectieux et les différents accidents nerveux qui peuvent accompagner les pyrexies, sans que cependant les enveloppes arachnoïdo-pie-mériennes soient altérées.

Il en est ainsi pour l'érysipèle.

Ce n'est guère qu'au début du xix^e siècle que l'on voit apparaître dans la littérature médicale des cas de méningite survenue au cours de l'érysipèle, et confirmée par la recherche nécropsique.

La première observation que nous avons pu retrouver est celle de CONSTANT (Obs. I), en 1835; elle a trait à une méningite de l'axe cérébro-spinal.

Puis PIORRY, en 1862, signale des phénomènes de méningo-encéphalite au cours d'un érysipèle, et il insiste sur la coïncidence d'un phlegmon de l'orbite.

En 1863, DUHAMEL rapporte l'observation d'une

méningite suppurée chez une femme de 63 ans atteinte d'un érysipèle du cuir chevelu (Obs. II).

En 1875, M. HAYEM publie une étude de la méningite au cours de l'érysipèle. Il se base sur deux cas, l'un observé par lui (Obs. III), l'autre rapporté par CHARCOT (Obs. IV), et il montre qu'il y a lieu de considérer la méningite comme une complication possible de l'érysipèle de la face. De plus, cet auteur ajoute à son observation clinique des constatations microscopiques et semble, dans le pus méningé, entrevoir le streptocoque que FEHLEISEN devait individualiser cinq ans plus tard.

Dans les années qui suivent et jusqu'en 1895, les ouvrages qui traitent soit de la méningite, soit de l'érysipèle, font à peine mention de la méningite érysipélateuse.

ADENOT, en 1889, dans une thèse très complète sur les méningites microbiennes, ne la signale même pas.

Pourtant, peu de temps auparavant, en 1896, DENUcé admet la possibilité de lésions méningées au cours de l'érysipèle, lésions consistant surtout en congestion plus ou moins intense de l'arachnoïde, quelquefois en œdème de la pie-mère, et beaucoup plus rarement en un épanchement plus ou moins louche de l'arachnoïde.

ACHALME, en 1892, fait ressortir combien sont rares les constatations nécropsiques venant confirmer le diagnostic de méningite fait pendant la vie, et il ajoute qu'en tout cas, à sa connaissance, jamais le streptocoque n'a été retrouvé au niveau d'un exsudat méningé.

Les observations qui sont signalées pendant cette période sont celle de LEBERT (citée par DENUcé et

ACHALME) et celle de M. DU CAZAL (Obs. V) en 1890.

Devant la rareté des faits, les auteurs ont presque tous tendance à considérer que les phénomènes nerveux observés au cours de l'érysipèle ne relèvent pas d'une atteinte méningée, mais reconnaissent d'autres causes, et plus spécialement, la suppression brusque de l'alcool, et aussi l'action des produits solubles du streptocoque sur les centres nerveux (MANFREDI et TRAVERSA).

En 1895, CROCHET, dans une thèse (inspirée par M. ROGER) sur les Accidents nerveux de l'érysipèle, rapporte quatre observations de méningite purulente survenue au cours de cette affection. Un seul de ces cas ne relève que du streptocoque seul (Obs. VI); les trois autres sont dûs à l'association de streptocoques et de pneumocoques.

L'année suivante, JEMMA, chez un malade convalescent d'érysipèle et présentant des signes de méningite cérébro-spinale, fait une ponction lombaire et dans le liquide retiré, cultive du streptocoque. A l'autopsie du malade il trouve une lepto-méningite suppurée (Obs. VII).

Peu après, CH. LEVI publie deux observations de méningite purulente à streptocoques chez deux nourrissons atteints, l'un d'un érysipèle de la face étendu au tronc, l'autre d'un érysipèle des fesses et des membres inférieurs.

En 1897, PATOR rapporte un cas aussi concluant, ne laissant aucun doute sur la possibilité de l'infection des méninges par le streptocoque de l'érysipèle. Cet auteur, comme le précédent, retrouve ce germe, aussi bien

dans le pus méningé que dans le liquide céphalo-rachidien (Obs. VIII).

La même année, dans une étude sur l'érysipèle, M. ROGER cite quelques observations de malades, à l'autopsie desquels, il a trouvé, au niveau des méninges, un épanchement séreux, plus ou moins abondant, contenant du streptocoque.

Les autres observations que nous connaissons sont celles de MM. VIGOUROUX et VIGIER en 1899 (Obs. IX), et celle de MM. NOBÉCOURT et PEYRE en 1917 (Obs. XII). Mais, dans cette dernière observation, la précession d'un traumatisme du crâne et de l'encéphale empêche d'établir un rapport exact entre l'érysipèle et la lésion méningée.

Enfin, les traités modernes font à la méningite érysipélateuse une place fort restreinte.

En résumé, malgré les procédés nouveaux qui, depuis une trentaine d'années, ont permis de faire une étude plus approfondie des phénomènes méningés au cours des diverses infections, les observations relatant les localisations méningées, de quelque ordre qu'elles soient, sont demeurées exceptionnelles.

II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il y a lieu de se demander pourquoi les localisations méningées sont si rares dans l'érysipèle, alors que dans d'autres maladies infectieuses, en particulier dans la pneumonie, elles paraissent plus fréquentes.

Pour cela, nous envisagerons dans un premier paragraphe, les conditions qui, au cours d'une infection, sont susceptibles de favoriser sa localisation méningée, et dans un deuxième paragraphe, nous verrons si ces conditions sont réalisées au cours de l'érysipèle.

A. — CONDITIONS QUI, AU COURS D'UNE INFECTION, FAVORISENT SA LOCALISATION MÉNINGÉE

Une première condition favorisante est réalisée par la **septicémie**, c'est-à-dire par la généralisation du processus infectieux, l'agent pathogène passant dans le sang. Mais il importe de bien distinguer le simple état de bactériémie de la septicémie vraie. Dans le premier cas, l'élément pathogène ne se trouve dans le sang qu'à titre tout temporaire, et à l'état plus ou moins

atténué : dans le second cas, au contraire, il s'agit d'une pullulation du germe, pullulation pouvant aboutir à toutes les manifestations viscérales des septico-pyohémies. C'est surtout dans cette éventualité que l'on pourra observer des déterminations méningées.

Un deuxième groupe de conditions favorisantes, est formé par **les lésions de voisinage**, et en particulier par les infections orbitaires, naso-pharyngées et otitiques, qui peuvent se propager par les voies anatomiques jusqu'au niveau des méninges.

Nombreux sont les auteurs qui ont insisté sur la fréquence des otites au cours des phénomènes méningés des infections aiguës. Certains, même, ont voulu en faire une étape nécessaire de la propagation pneumococcique vers les méninges, d'autant plus que les otites simples aiguës sont susceptibles de s'accompagner de phénomènes méningés.

Mais dans cette catégorie de conditions, le rôle le plus important semble être celui du rhino-pharynx. Il s'explique par la fréquence des causes de déchéance locale que l'on y peut rencontrer : rhinites chroniques, végétations adénoïdes, carie et suppuration alvéolo-dentaires, tous ces états étant susceptibles d'entretenir la virulence des germes ou de leur servir de porte d'entrée.

On sait le rôle qui revient aux infections aiguës, telles que le coryza, l'amygdalite, les angines dans les déterminations méningées du méningocoque, du pneumocoque et de l'infection grippale et ce rôle est d'autant plus accru que l'état général est plus déficient.

Nous n'insisterons pas sur les diverses théories pathogéniques qui ont été émises à ce sujet. La contiguïté osseuse, les anastomoses veineuses, lymphatiques ou nerveuses (filets émanés du bulbe olfactif, NETTER et DEBRÉ) ont été incriminées comme des voies possibles de propagation.

De même, nous passerons sur la question de savoir, si le germe parti de ce niveau, doit pour atteindre les méninges passer d'abord dans la circulation.

Nous ne prenons pas parti pour la prédominance de l'une ou de l'autre de ces conditions générales ou locales. La clinique apprend à se montrer réservé.

D'ailleurs, les auteurs après avoir fait jouer un rôle primordial à la septicémie dans toute localisation infectieuse dominante, ont tendance à revenir aux idées émises autrefois et à attribuer ce rôle aux lésions locales. C'est cette dernière théorie qui est appliquée par M. RENAUD, lorsqu'il dit que dans la rougeole, la mort dépend plus d'une complication locale inconnue que d'une généralisation de l'infection.

Enfin, à côté de ces conditions, il y a lieu de tenir compte dans la détermination des accidents méningés d'une infection, de **l'affinité que présente le germe causal** pour les méninges. A ce point de vue, il semble que le méningocoque, le pneumocoque et même le gonocoque soient particulièrement aptes à cultiver sur cette séreuse et que l'on ne saurait retrouver cette aptitude, au même degré, chez les autres germes connus.

B. -- CES CONDITIONS FAVORISANTES SONT-ELLES RÉALISÉES AU COURS DE L'ÉRYSIPELE DE LA FACE ?

1° Un premier point doit être mis en évidence : c'est la *rareté de la septicémie* au cours de l'érysipèle. On doit même tenir pour peu fréquente l'orientation des formes graves, comme l'érysipèle phlegmoneux, vers la septicopyohémie.

Cette rareté de la septicémie n'est pas due à l'inaptitude du streptocoque à vivre dans le sang, contrairement à l'opinion de FEHLEISEN qui la basait, il est vrai sur la microbiologie de l'érysipèle. On sait en effet, que dans l'infection puerpérale, les manifestations septicopyohémiques sont nombreuses, et que d'autre part, la majorité des septicémies consécutives aux blessures de guerre, relevait du streptocoque.

Enfin il est facile par l'expérimentation de déterminer chez les animaux la streptococcémie.

Une raison de cette rareté de la septicémie au cours de l'érysipèle est due à ce que le streptocoque, au niveau de la plaque, pénètre dans les vaisseaux lymphatiques et non dans les vaisseaux sanguins. ACHALME écrit : « Même au cours d'une suffusion sanguine légère, nous n'avons jamais constaté au niveau de la plaque le passage du streptocoque dans les vaisseaux, ni même rien constaté des conditions qui pourraient le rendre possible ».

Les vaisseaux sanguins, au niveau de la plaque érysi-

pélateuse normale, ne présentent en effet aucune altération histologique, et lorsque dans l'érysipèle phlegmoneux, des lésions vasculaires sont constituées, il se forme de part et d'autre de ces lésions, des thromboses qui obturent la lumière des vaisseaux.

Le streptocoque est donc drainé par les lymphatiques et ACHALME continue en disant : « Notre conviction absolue est que l'infection sanguine se fait par le mélange de la lymphe et du sang au niveau de l'embouchure du canal thoracique et de la grande veine lymphatique dans les sous-clavières ».

On conçoit qu'il faut au streptocoque une virulence toute particulière pour surmonter tous les obstacles qu'il peut rencontrer dans le parcours du circuit lymphatique.

Or, l'extériorisation du streptocoque à la surface cutanée semble lui enlever cette virulence, et cette bénignité est à rapprocher de celle du staphylocoque, lorsque dans la furonculose, ce germe est localisé à la peau.

Toutefois, doit-on admettre qu'il puisse exister au cours de l'érysipèle normal un simple état bactériémique ne se traduisant par aucun symptôme et que seule une hémoculture pratiquée systématiquement peut déceler. C'est ce qui découlerait des résultats obtenus par MM. LESNÉ et ses élèves FRANÇON et GÉRARD. Ces auteurs, examinant le sang de 66 érysipélateux, ont eu 21 fois un résultat positif; de même, M. WIDAL a trouvé l'hémoculture positive au cours d'un cas d'érysipèle de moyenne intensité. Par contre, M. le Profes-

seur TEISSIER a signalé à plusieurs reprises la rareté des résultats positifs que les hémocultures systématiques lui avaient données, et il croit que cet état bactériémique est lui-même très rare, au cours de l'érysipèle bénin.

Quant aux localisations secondes de l'érysipèle susceptibles d'entretenir la septicémie, en donnant lieu à des foyers embolisants, elles sont rares également. L'endocardite n'a été notée par M. LESNÉ que quatre fois dans 2.400 observations, et l'aortite que signale notre observation est plus exceptionnelle encore.

2° *Les lésions de voisinage* : telles que les sinusites, les otites, les suppurations de l'orbite, consécutives à l'érysipèle de la face, sont peu fréquemment observées.

Il en est de même pour les lésions naso-pharyngées. Il est vrai que l'érysipèle peut, dans quelques cas, débiter sur la muqueuse pharyngée, comme il débute souvent sur la muqueuse nasale, avant d'envahir la face; mais cette pharyngite primitive est loin de présenter, en tant que point de départ de complications ultérieures, le même caractère de gravité que les accidents pharyngés que l'on peut voir apparaître lorsque, au cours d'érysipèles récidivants, ou à la faveur d'une altération locale antérieure, le processus infectieux, suivant une marche inverse, vient se localiser secondairement à la bouche et au pharynx. Cette différence dans le pronostic, entre l'érysipèle rentrant et l'érysipèle sortant, a de tous temps été notée par les auteurs; l'aphorisme d'Hippocrate en est la première affirmation.

Un autre témoignage de la bénignité de l'érysipèle, lorsqu'il s'extériorise à la surface cutanée, se trouve

dans une observation rapportée récemment par M. le Dr MAHU. Cet auteur ayant pratiqué une large intervention pour une mastoïdite, vit apparaître un érysipèle au niveau de la plaie. Alors qu'il pouvait s'attendre à des complications redoutables, il fut surpris au contraire, de constater le rôle salulaire que parut jouer l'érysipèle dans l'évolution des accidents vers la guérison.

3^e Ce fait semble, à notre avis, être également un témoignage du peu d'affinité du streptocoque pour les méninges, puisque l'acte opératoire pratiqué en plein milieu septique, au voisinage immédiat des enveloppes nerveuses, n'a pas déterminé l'ensemencement de ces dernières.

D'autre part, si l'on considère les autres manifestations à streptocoques, ce n'est que rarement qu'on les voit se compliquer d'accidents méningés.

Il faut donc admettre qu'en dépit des résultats expérimentaux et à ne considérer que les faits cliniques, *le streptocoque n'a que peu de tendance à cultiver sur les méninges*, à moins que sa pullulation n'y soit favorisée par la présence d'autres germes, en particulier celle du pneumocoque (ADENOT).

C'est d'ailleurs une semblable association de streptocoques et de pneumocoques que M. ROGER a rencontrée dans les quelques cas de méningite érysipélateuse qu'il a pu observer.

En résumé, on voit que les différentes conditions, qui, au cours des maladies infectieuses, doivent être requises pour qu'apparaissent les phénomènes méningés, manquent le plus souvent dans l'érysipèle de la face.

III

ETUDE CLINIQUE

Les manifestations méningées de l'érysipèle se présentent essentiellement sous la forme de méningites purulentes. C'est du moins ce que font ressortir les quelques observations auxquelles elles ont donné lieu.

Néanmoins, nous verrons qu'il y a lieu de réserver dans ce chapitre, une place aux formes plus atténuées connues sous le nom de méningites séreuses, et dont quelques exemples semblent prouver la réalité.

1° FORMES PURULENTES. — Etant donné la rareté des cas signalés, nous ne prétendons pas établir un tableau clinique de la méningite érysipélateuse. Nous nous bornerons à analyser les cas qui nous ont paru les plus typiques.

L'observation publiée par DUHAMEL concerne une femme de 63 ans, ayant eu plusieurs érysipèles et soignée depuis quelque temps pour une lithiase biliaire. Un érysipèle du cuir chevelu apparaît et s'étend bientôt à toute la face et au cou. Cette extension s'accompagne de céphalée, de délire et d'agitation. Puis ces symptômes font place à un assoupissement profond et à de l'ady-

namie. La céphalée persiste, et l'on observe de la raideur de la nuque, de la dilatation des pupilles et de la constipation. La mort survient dans le coma, 6 jours après le début de l'érysipèle.

A l'autopsie, la dure-mère est saine ; quand on l'incise, il s'écoule une petite quantité de liquide céphalo-rachidien.

L'arachnoïde ne présente un aspect dépoli qu'au niveau de la scissure inter-hémisphérique, et dans les parties avoisinantes de la convexité. A ce niveau, on trouve dans les mailles de la pie-mère une petite quantité de pus. Ce pus se retrouve à la base inférieure du cervelet au voisinage de la protubérance.

C'est par un délire violent, simulant le *delirium tremens*, que se traduit la méningite, dans le cas observé par M. HAYEM. Ce délire survient chez un homme qui se croyait guéri d'un érysipèle apparu huit jours auparavant. Au bout de 4 jours, ce délire fait place à un état typhoïde, et le malade meurt dans le coma 7 jours après le début des accidents.

L'examen anatomique confirme le diagnostic. La dure-mère est tapissée à sa face interne par une couche de pus, l'arachnoïde est soulevée par une sérosité limpide, la pie-mère est intacte, ainsi que les centres nerveux sous-jacents. Le pus examiné au microscope, montre des organismes arrondis, seuls ou groupés en chaînettes, et ce pus inoculé au cobaye, provoque chez cet animal une dermite étendue.

Cette observation datant de 1875 nous semble démonstrative, étant donnée la précision de la description de

l'agent pathogène, qui rappelle en tous points l'aspect du streptocoque.

Les symptômes sont moins frustrés dans l'observation rapportée par CHARCOT et font penser à une méningite cérébro-spinale. Ils apparaissent chez une femme de 37 ans, 4 jours après le début de l'érysipèle. Ils consistent d'abord, en une céphalée intense, une douleur très pénible dans les épaules et tout le long du rachis; puis, dans les jours suivants, on note de la raideur de la nuque, et quelques soubresauts tendineux. Peu à peu, la malade prend un aspect typhoïde et meurt dans le coma 8 jours après l'apparition des signes méningés, 12 jours après le début de l'érysipèle.

L'autopsie montre des traînées purulentes sur toute la base du cerveau et le long des sillons de l'encéphale. Le pus accompagne les nerfs dans leur trajet intracrânien et on le retrouve dans les mailles de l'arachnoïde médullaire.

Dans le cas signalé par M. PATOIR, la méningite vient compliquer rapidement un érysipèle étendu au pharynx.

Après une courte période de symptômes nerveux divers : céphalée, vertiges, bourdonnements, éclate une crise convulsive aboutissant à un demi-coma, et laissant après elle une paralysie faciale droite. Les jours suivants, le malade présente une hémiplegie totale droite, sans contractures ni troubles de la sensibilité. La mort survient dans le coma 4 jours après le début des accidents méningés, 11 jours après l'apparition de l'érysipèle.

L'incision de la dure-mère laisse écouler une quan-

tité abondante de liquide céphalo-rachidien. Cette enveloppe est tapissée à sa face interne, du côté gauche par un exsudat purulent pseudo-membraneux, très adhérent et surtout épais au niveau de la zone motrice. La pie-mère, du même côté, est œdématiée. L'examen du pus montre de nombreuses chaînettes de streptocoques et la culture du liquide céphalo-rachidien donne un résultat positif. De plus, dans le poumon droit, existent de nombreux noyaux de broncho-pneumonie, contenant du streptocoque.

L'auteur, en raison d'une hémoculture négative, rejette l'hypothèse d'une septicémie et croit à la propagation de l'infection par la voie lymphatique.

C'est un syndrome de WEBER que simule la méningite dans l'observation de MM. VIGOUROUX et VIGIER.

Il s'agit d'un homme de 23 ans chez lequel apparaissent au 3^e jour de l'évolution d'un érysipèle de la face, une hémiplégie gauche et une paralysie de la III^e paire du côté droit. Ces phénomènes sont accompagnés de nausées, de vomissements et de constipation. L'hémiplégie est sujette à des améliorations momentanées.

Puis, dans les jours suivants, des crises convulsives apparaissent et finalement le malade meurt dans la torpeur.

L'autopsie révèle une pachyméningite suppurée. La dure-mère, du côté droit, est très épaisse; elle adhère à l'arachnoïde et à la pie-mère; à sa face interne sont appendus de nombreux kystes purulents qui compriment la matière cérébrale sous-jacente.

La méningite érysipélateuse peut rester latente jus-

qu'au moment où elle tue. C'est ainsi que s'exprime M. DU CAZAL en rapportant l'observation d'un homme chez lequel l'érysipèle s'était compliqué, au 5^e jour de son évolution, d'un petit phlegmon de l'angle interne de l'œil. Ce malade avait été trouvé mort dans son lit 5 jours après le début du phlegmon, 10 jours après le début de l'érysipèle.

La méningite était localisée à la base et à la scissure inter-hémisphérique. Le sinus frontal était également tapissé de pus.

Dans ces deux derniers cas, la preuve bactériologique manque; ce n'est donc qu'au point de vue clinique qu'ils méritent d'être retenus.

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir; nous y ajouterons le cas qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le Professeur TEISSIER; on y verra la méningite évoluer silencieusement, alors que des symptômes d'aortite attireraient surtout l'attention. De plus, on y retrouvera réunies, plusieurs des causes favorisantes que nous avons énumérées plus haut, à savoir : d'une part, l'intensité des localisations secondaires de l'érysipèle sur la muqueuse bucco-pharyngée; d'autre part, la septicémie et aussi les lésions de l'origine de l'aorte, susceptibles d'avoir été le point de départ d'embolies microbiennes.

Marguerite R., 33 ans, couturière, entre à l'hôpital Claude Bernard, Pavillon Davaine, le 29 juin 1922.

Il s'agit d'une femme d'apparence robuste.

Les antécédents héréditaires et collatéraux ne révèlent rien d'important.

Son père est mort à 83 ans.

Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire.

Elle a plusieurs frères et sœurs bien portants.

Elle-même a eu dans l'enfance la rougeole, la scarlatine, puis une fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans. Cette fièvre typhoïde évolua normalement.

Réglée à 17 ans; régulièrement depuis; elle n'a jamais eu ni enfant, ni fausse-couche.

A son entrée, la malade présente un érysipèle occupant toute la joue droite, le nez et une partie de la joue gauche.

C'est le premier érysipèle qu'a eu la malade. La porte d'entrée paraît avoir été quelques lésions de rhinite avec croûtelles remontant à une dizaine de jours.

La maladie a éclaté brusquement le 27 juin, avec vertiges, frissons, céphalée, vomissements, puis la plaque érysipélateuse s'est montrée au cours de l'après-midi sur l'aile droite du nez et a gagné rapidement la joue droite et le nez tout entier.

Il s'agit d'un érysipèle typique; le tégument est infiltré, la peau est rouge, chaude, luisante; le placard est limité par un bourrelet net et sur la narine droite, il existe des phlyctènes purulentes. Les paupières, particulièrement la droite, sont œdématisées et si on les écarte, on voit un gros bourrelet formé par la conjonctive qui empêche complètement la vision (un ophtalmologiste consulté confirme le diagnostic de chémosis simple).

L'état général est fortement atteint; la température oscille entre 39°5 et 40°.

La malade est agitée, inquiète, sans délire véritable.

La gorge est un peu rouge, la langue saburrale.

Les poumons sont normaux.

Le foie est un peu gros.

La rate mesure 12 centimètres $\times$ 10 centimètres à la percussion.

Il existe un peu de diarrhée noirâtre; les diverses réactions n'y décèlent pas de sang.

Les urines (750 grammes) sont foncées et albumineuses.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis.

Deux ordres de phénomènes attirent l'attention; ce sont :

1° L'aorte, au-dessus de la fourchette sternale, les sous-clavières et les carotides sont animées de battements systoliques énergiques. Il existe une véritable danse des artères du cou, comme au cours de l'insuffisance aortique. Mais cet érêthisme vasculaire ne s'étend pas aux artères du bras et de l'avant-bras.

Le pouls à 124 est régulier, bien frappé, ni bondissant, ni dépressible.

La tension artérielle (au Vaquez-Laubry) est de 12 — 7.

Il existe un pouls capillaire unguéal assez net, mais pas de double souffle crural.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace intercostal et la pointe n'est pas déviée.

Les bruits du cœur sont assourdis et l'on ne perçoit aucun souffle orificiel.

2° On constate à la face interne du coude des deux côtés, de petits éléments palpulo-vésiculeux, tendant à prendre une allure purpurique; on retrouve des éléments analogues au niveau des rotules.

Dans ces conditions, on porte le diagnostic d'aortite aiguë végétante, en réservant la possibilité d'une endocardite végétante aortique, sans bruit de souffle perceptible.

L'hémoculture sur bouillon permet de cultiver un streptocoque.

Le 30 juin, le 1^{er} et le 2 juillet, la maladie évolue, au milieu d'un état général toujours inquiétant et avec les mêmes signes vasculaires, sans adjonction d'aucun bruit de souffle.

Les petits éléments purpuriques qui avaient été notés aux coudes et aux genoux font place à de petites ulcérations nécrotiques.

Le 3 juillet au matin : on trouve la malade dans le coma.

La respiration est stertoreuse; l'érysipèle a pris une teinte rouge violacée, et il est parsemé de nombreuses phytènes purulentes. Il existe un gros œdème de la lèvre supérieure.

La cavité buccale, difficile à examiner, présente une inflammation intense avec gros œdème de toute la muqueuse, surtout de la joue droite. A ce niveau, on voit une vaste ulcération.

Le voile du palais, les amygdales envahis par l'œdème sont d'un rouge violacé.

La salivation est intense. La respiration très gênée.

A l'examen du cœur, aucun signe nouveau.

Pouls, 128. Tension artérielle, 13-7.

Il n'existe aucun signe méningé, sauf une très légère raideur de la nuque.

On ne note aucune contracture; le signe de Kernig n'existe pas.

Néanmoins, on pratique une ponction lombaire qui permet de retirer 15 centimètres cubes de liquide louche, légèrement ambré, s'écoulant en gouttes rapides.

La centrifugation du liquide donne un petit culot nettement purulent, où l'on trouve de nombreux polynucléaires, mais dans lesquels les divers artifices de coloration ne permettent pas de déceler d'élément microbien.

La culture du liquide donne au bout de 48 heures des colonies de streptocoque.

Le malade meurt le même jour, dans l'après-midi, en hyperthermie (41°).

Autopsie : 40 heures après la mort.

1° Centres nerveux. A l'ouverture du crâne, on aperçoit une congestion diffuse.

La dure-mère, à sa face externe, ne présente pas de lésions. Quand on l'incise, il s'écoule une petite quantité de liquide louche, et l'on voit alors un exsudat purulent, formant des fausses membranes de cou-

leur jaune verdâtre et enrobant les pédoncules cérébraux, la protubérance et les pédoncules cérébelleux.

On note de petites trainées purulentes, le long des vaisseaux de la convexité. A la coupe, piqueté hémorragique des substances grise et blanche.

2° Moëlle : Epaissement des méninges, qui paraissent dépolies, surtout dans la moitié inférieure du tube dural. Petits abcès sous-arachnoïdiens collectés à la face postérieure de la moëlle.

Examen microscopique. Méningite suppurée. Exsudat très abondant à polynucléaires avec dilatation extrême des vaisseaux sous-arachnoïdiens qui sont bourrés de polynucléaires.

Certains de ces vaisseaux sont rompus et donnent lieu à des hémorragies qui dissocient la nappe fibrino-leucocytaire de la méningite purulente.

Le tissu nerveux montre des vaisseaux très dilatés, remplis de globules blancs.

Aucun élément microbien n'est visible.

L'examen de la moëlle donne lieu à des constatations de même ordre.

3° Les poumons : Splénisation avec œdème de coloration rouge très foncé. Les morceaux de poumon, prélevés aux points les plus denses, flottent.

4° Le foie est gros et ferme, de teinte jaune sale, exsangue sur coupes. Le dessin des lobules apparaît très manifeste, formant un léger relief à la coupe et donnant l'impression macroscopique d'une cirrhose au début avec stéatose massive du parenchyme.

5° La rate mesure 16 cm. $\times$ 10 cm. Tuméfiée, friable, elle présente un volumineux infarctus cortical, presque ramolli, du volume d'une noisette.

6° Les reins, sont gros, tendus, congestionnés, marbrés de taches violet foncé et de zones blanchâtres à la corticalité. Ce sont des reins de néphrite aiguë.

Pas d'infarctus.

7° L'estomac présente des suffusions sanguines sous-muqueuses.

8° Le cœur est dilaté, mou, s'affaissant sur la table (autopsie tardive). L'endocarde et l'endartère sur toute la longueur de l'aorte sont colorés en rouge de façon diffuse (lésions cadavériques), pas de lésions valvulaires au niveau de l'aorte.

Dans la zone sus-sigmoïdienne, on note :

a) De menues érosions calcifiées, athéromateuses, très discrètes, entourant l'embouchure des coronaires.

b) Des lésions récentes, constituées, par trois volumineuses plaques, de coloration rouge foncé, mollasses, lisses, régulières, faisant une saillie de 3 millimètres au moins, et ayant le volume et la surface d'une fève. Elles siègent à 1 centimètre au-dessus des valvules sigmoïdes. Celles-ci sont intactes et il n'existe, ni rétrécissement, ni insuffisance valvulaires.

Les plaques donnent l'impression de lésions sous-endothéliales.
Il n'existe ni végétations, ni ulcérations à leur surface.
Nulle part, au niveau des viscères, on ne trouve le streptocoque.

En résumé, d'après ces observations, la méningite érysipélateuse peut se présenter sous des aspects très variés. Elle se manifeste, en général, vers la fin de la période aiguë de l'érysipèle. Son tableau clinique peut être plus ou moins riche, son évolution plus ou moins rapide, mais rien dans ses symptômes, ne lui est propre et aucune particularité ne l'individualise dans le cadre des autres méningites aiguës.

Formes séreuses. — Doit-on admettre que les méningites qui surviennent au cours de l'érysipèle se résument toutes dans la formule d'une méningite suppurée, et qu'à côté de cette forme purulente on ne puisse faire place aux formes que nous avons appris à connaître sous le nom de méningites séreuses (HUTINEL) ou d'états méningés (WIDAL).

On sait que ces formes atténuées dans leurs expressions cliniques et dans leurs réactions anatomiques, sont caractérisées par la rareté et parfois l'absence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien, qui est plus ou moins hypertendu, parfois hyperalbumineux, et dans lequel, souvent, on ne trouve pas de germes pathogènes.

Il est possible que l'érysipèle puisse, comme d'autres états infectieux, notamment la pneumonie, déterminer de telles réactions atténuées des méninges; mais les quelques faits que nous avons pu retrouver chez les auteurs ou ceux que nous avons eus à notre disposition

ne permettent ni d'affirmer, ni d'infirmar l'hypothèse de ces formes.

M. ROGER, en effet, à l'autopsie de malades morts d'érysipèle, a trouvé la pie-mère infiltrée par une quantité plus ou moins grande d'une sérosité roussâtre, contenant du streptocoque. Cet auteur a également cité deux cas de malades, qui convalescents d'un érysipèle, continuèrent à présenter des troubles nerveux divers : (céphalée, vertiges, bourdonnements, troubles visuels), paraissant être sous la dépendance d'une réaction méningée.

D'autre part, dans des cas analogues et où l'intensité des phénomènes nerveux permettait de soupçonner la possibilité d'une méningite, nous avons vu le liquide céphalo-rachidien ne présenter qu'une légère hypertension et qu'une très légère augmentation de l'albumine.

Dans un autre cas, observé par nous, dans le service de M. le Professeur TEISSIER, nous avons vu, au 7^e jour de l'évolution d'un érysipèle, chez une malade de 19 ans, apparaître un strabisme convergent de l'œil gauche, coïncidant avec une céphalée intense et une diminution des réflexes. La ponction lombaire ne montra qu'une hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ces symptômes furent d'ailleurs fugaces, et la malade sortit guérie peu après (Obs. X).

On voit combien l'interprétation de ces faits est délicate et combien il est difficile de conclure à une infection atténuée des méninges.

Peut-être n'est-il pas défendu de supposer, comme cela a été admis dans certains cas de méningites à

méningocoques, qu'il s'agit là de réactions méningées, provoquées par la présence d'amas microbiens juxta-méningés.

Il y a lieu, enfin, de se demander, si l'érysipèle de face, et particulièrement, l'érysipèle du cuir chevelu, ne peuvent pas déterminer, en dehors de toute cause infectieuse, et uniquement par trouble mécanique circulatoire, des réactions méningées de nature transitoire, un peu comparables à celles qui ont été observées au cours de l'insolation.

Quoi qu'il en soit, ces formes semblent tout aussi exceptionnelles que les formes suppurées.

OBSERVATIONS

Observation I (Résumée). — CONSTANT. Méningite cérébrale consécutive à la rétrocession d'un érysipèle de la face. Disparition des symptômes cérébraux, puis méningite rachidienne, *Gazette médicale de Paris*, 1835.

J.-L... âgée de 11 ans, d'une forte constitution, entre à l'hôpital le 16 janvier pour un érysipèle de la face et en sort entièrement guérie le 2 février.

Elle avait déjà été atteinte plusieurs fois de la même affection.

Le 16 février : retour de l'érysipèle qui disparaît brusquement au bout de deux jours. Immédiatement après la rétrocession, céphalée intense, vive sensibilité des yeux à la lumière, vue trouble, pupilles un peu plus dilatées qu'à l'état normal. Pouls lent et régulier (60 pulsations). Constipation depuis plusieurs jours.

Le 21 février : dans la matinée, le délire noté la veille a fait place à de l'assoupissement. Par instants, la malade divague et indique toujours la tête comme siège de son mal.

Les pupilles sont contractées et immobiles. La vue est affaiblie.

Incontinence des matières et des urines.

Le pouls est à 72 et présente quelques irrégularités.

La sensibilité est égale des deux côtés.

On observe ni paralysies, ni contractures des membres.

La malade est très sensible à l'action du froid.

Dans la journée : agitation continuelle, délire sans convulsions.

Le 22 février : assoupissement, la malade ne se plaint plus de la tête et n'accuse autre chose qu'un sentiment de courbature.

L'ouïe est nette, la vue est normale. Les pupilles sont normalement dilatées et mobiles.

Il existe une douleur à la région cervicale et une légère rigidité de la partie postérieure du cou.

La sensibilité est vive aux membres inférieurs, un peu obtuse aux membres supérieurs. Les mouvements de ces derniers sont faibles et mal assurés.

Le pouls devient incomptable.

Le 23 février : état normal des fonctions cérébrales. La malade

n'accuse qu'une légère douleur de la région cervicale. La sensibilité des membres supérieurs est toujours moins vive que celle des membres inférieurs. Les évacuations sont volontaires.

Le 24 février : la douleur n'est plus bornée à la région cervicale du rachis; elle se fait vivement sentir à la région lombaire.

La malade crie fréquemment et ne peut s'asseoir, par suite de la rigidité des muscles du tronc.

96 pulsations, 24 respirations.

Le 25 février : l'intelligence est nette. La tête n'est le siège d'aucune douleur.

Les pupilles sont inégales.

Rigidité des muscles du tronc et de la nuque. Rachialgie.

Contracture des membres inférieurs sans paralysies.

Incontinence des matières, 120 pulsations.

Dans la journée, affaissement profond, sans troubles de l'intelligence.

Pas de convulsions.

Le 26 février : mort.

Autopsie : Intégrité des méninges cérébrales.

L'arachnoïde rachidienne est soulevée par une sérosité louche, surtout abondante dans les régions cervicales et lombaires.

Observation II (Résumée). — DUCHAMEL. Erysipèle du cuir chevelu. Méningite. Mort, *Gazette hebdomadaire de Méd. et Chirurgie*, 1863, p. 701.

Il s'agit d'une femme de 63 ans, de constitution forte, d'intelligence très bornée.

Mariée et mère de deux enfants, dont deux sont morts en bas âge.

Pas d'habitude d'éthylisme.

Aucune maladie dans l'enfance.

Sujette de 9 à 38 ans à des névralgies sus-orbitaires.

A eu plusieurs érysipèles, le premier à l'âge de 48 ans, le second à 50 ans, le dernier à 59 ans qui ont été normaux dans leur évolution.

Ictère en 1862, ayant duré 2 semaines.

La maladie actuelle remonte à 6 semaines. Elle a débuté par des frissons, de la céphalée, des douleurs abdominales et quelques vomissements.

Après une période d'amélioration, ces symptômes reprennent et la malade se plaint de douleurs dans la région hépatique.

Elle entre à l'hôpital le 5 avril, où elle est soignée pour ses troubles hépatiques.

Le 19 avril : 14 jours après son entrée, la malade est prise de nausées fréquentes, de céphalée gravative, frontale et occipitale.

Le pouls est régulier, fort, non dépressible à 102 pulsations.

Le 20 avril : apparition d'un érysipèle du cuir chevelu qui descend

jusque dans les régions parotidiennes, et envahit les deux oreilles. Les ganglions sous-maxillaires, et ceux des parties latérales du cou ne sont ni douloureux, ni enflammés.

Le pouls est accéléré, fort, régulier, à 100 pulsations.

La langue est sèche et blanche. Anorexie.

Le 21 avril : l'érysipèle s'étend jusqu'au milieu du front et gagne la joue gauche. Pouls à 108.

Le 22 avril : frisson avec tremblement général pendant une heure.

Toute la nuit, la malade est agitée, mais ne délire pas.

Le matin, deuxième frisson d'une 1/2 heure.

L'érysipèle est étendu à tout le cuir chevelu, au front, aux paupières, aux deux joues et au nez.

Céphalée intense. Pouls à 106. Langue sèche.

Le 23 avril : la malade est dans le décubitus dorsal, et se plaint continuellement; elle délire et elle est agitée.

Les paupières sont gonflées et abaissées; quand on les soulève, on ne voit pas de strabisme; les pupilles sont égales et réagissent.

L'érysipèle envahit le cou.

Les membres, quand on les soulève, retombent inertes; ils ne présentent ni soubresauts, ni mouvements convulsifs. La sensibilité paraît abolie.

Le pouls est régulier à 112. La respiration est bruyante (30).

Le 24 avril : nuit tranquille. Résolution des membres.

L'érysipèle est en partie effacé.

Les yeux sont ouverts, fixes, sans expression. Les pupilles contractiles sont dilatées.

On obtient quelques mots de réponse, mais la parole est lente, brève, bien articulée toutefois.

La malade se plaint beaucoup de la tête.

Le pouls est fort, plein, intermittent, à 96. La température de la peau paraît peu élevée.

La langue est sèche, rouge vif. La déglutition est facile.

Pas de vomissements, mais constipation.

Le 25 avril : assoupissement profond, d'où on ne tire que difficilement la malade.

Elle répond à voix basse et si on lui demande où elle a mal, elle jette un cri de douleur et porte la main à son front.

Pas de dilatation pupillaire.

La tête est renversée en arrière et immobile.

Résolution générale et égale des membres des deux côtés, il n'y a pas de contractures.

On retrouve un peu de gonflement érysipélateux aux paupières et aux oreilles.

Langue sèche et rapeuse. Pas de vomissements. Constipation.

Pouls, vibrant, irrégulier, intermittent à 92.

Respiration irrégulière et bruyante, à 16 par minute.

Le soir, la face est congestionnée. La tête est toujours portée en arrière.

Le 26 avril : mort dans le coma.

Autopsie : Méningite suppurée, et présence dans la vésicule, de calculs biliaires (voir page 21).

Observation III (Résumée). — HAYEM. Erysipèle de la face. Méningite. Mort. *France Médicale*, 1875.

Le malade entre à l'hôpital le 26 décembre 1918, en proie à un délire d'actions et de paroles simulant le delirium tremens, et tel, qu'on doit lui mettre la camisole de force. La face est animée, les yeux sont hagards et terrifiés. Les réponses sont brèves et incohérentes.

Il n'existe aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité.

Les pupilles sont normales. La langue est saburrale. La température axillaire est de 38°7.

Aucune manifestation locale n'est constatée, si ce n'est une légère desquamation de la joue et un léger gonflement du pavillon de l'oreille.

On apprend que ce malade a eu il y a 8 jours un érysipèle de la face, et que l'évolution de cet érysipèle a été normale. Se croyant guéri, le malade est sorti le 7^e jour. Lorsqu'il est rentré le soir, il avait de la fièvre et était en proie à une agitation extrême.

On apprend également que ce malade avait eu autrefois une fièvre typhoïde et que toujours il a eu des habitudes de sobriété.

Le 28 et le 29 : Les phénomènes cérébraux restent les mêmes, la peau est chaude et parfois couverte de sueurs. Le pouls est fréquent, sans caractères particuliers. La langue est sèche et fuligineuse, la soif est vive. L'agitation empêche de prendre la température.

L'amaigrissement est rapide et dès le 29, l'état typhoïde est très accusé. Constamment attaché sur son lit, le malade est dans un état d'agitation furieuse, puis lorsqu'il s'est débattu, il retombe épuisé dans une sorte de torpeur ressemblant de plus en plus au coma.

Le 30 : La respiration, jusque là à peine oppressée, est courte et fréquente. De chaque côté, râles abondants, indiquant une congestion pulmonaire.

Des escharres qui s'étaient formées autrefois dans le cours de la fièvre typhoïde, au sacrum et aux trochanters, serouvrent de nouveau.

Jusque là on n'avait rien remarqué du côté de la face, mais le 30, on la trouve plus colorée et congestionnée, et le 31, elle est couverte d'une nouvelle poussée érysipélateuse.

Le 31, l'érysipèle est étendu à toute la face, mais n'a aucun caractère spécial. Son apparition n'a modifié en rien l'état cérébral.

Le malade est de plus en plus faible et tombe le soir dans le coma profond. Température : 41°1. Pouls : 160. Respiration stertoreuse. Mort dans la nuit.

Autopsie : Pachyméningite suppurée. (Voir page 21).

Observation IV (Résumée). — CHARCOT. Erysipèle de la face et du cuir chevelu. Méningite cérébro-spinale. Mort (rapportée par HAYEM, *France Médicale*, 1875).

Une femme de 37 ans entre à l'hôpital le 17 avril 1918. Elle est petite, brune, scrofuleuse et porte au cou des traces d'abcès. Elle a toujours été chétive et souffreteuse.

Dans ses antécédents morbides, on ne trouve qu'une prédisposition particulière à l'érysipèle. Elle en a eu plusieurs jusqu'à l'âge de 35 ans. A ce moment, elle devient enceinte et présente un érysipèle plus grave que les précédents.

Peu auparavant, elle avait eu une ophtalmie avec perte d'un œil.

Le 17 avril : A son entrée, la malade présente un érysipèle de toute la face avec gonflement des paupières et sécrétion muco-purulente de la conjonctive. Le début de l'érysipèle date de la veille et a été marqué par un frisson d'une heure. La rougeur de la face a commencé par le nez.

La malade, qui est enceinte de 6 mois, présente une grande irritabilité. Absence de délire. Rachialgie.

Le 18 avril : Agitation plus intense.

Le 19 : L'érysipèle continue à pâlir, mais s'étend au cuir chevelu.

Le 20 : L'érysipèle est en voie de desquamation.

Le 22 : Apparition de douleurs de tête très vives et de douleurs vagues et intenses dans les épaules.

Le 23 et le 24 : Raideur du cou. Intelligence conservée.

Aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité.

Insomnie persistante et irritabilité.

Le 25 avril : La température, à la palpation de la peau, paraît s'élever.

La malade présente un aspect typhoïde. La peau prend une teinte subictérique.

Le 30 avril : La malade tombe dans un coma complet.

Mort dans la nuit.

Autopsie : Méningite cérébro-spinale suppurée. (Voir page 22).

Observation V. — DU CAZAL. Érysipèle de la face. Abscess du tissu cellulaire de l'orbite. Méningite suppurée. Mort. *Bulletin Soc. méd. Hôpit.*, 1890, p. 3.

Le 30 décembre, entrant dans mon service un garde de Paris, âgé de 34 ans, atteint d'érysipèle de la face remontant à 5 jours et ayant eu pour point de départ une légère excoriation de l'aile du nez.

Cette maladie traitée simplement, évolua elle-même de la manière la plus simple et était complètement terminée 5 jours après, laissant toutefois comme trace de son passage un phlegmon de peu d'importance en apparence, localisé à l'angle interne de l'œil gauche.

M. Vautrin ouvrit cet abcès le 5 janvier.

Le malade continua à aller fort bien pendant 2 jours; mais le 7 janvier au matin, lorsque la sœur lui apporta son déjeuner, elle le trouva mort dans son lit.

Autopsie : Méningite suppurée, ayant envahi la faux du cerveau, intense surtout au niveau de la scissure interhémisphérique, s'étendant à la base en arrière des nerfs optiques. Le sinus frontal est tapissé de pus.

Observation VI. — CROCHET. Érysipèle de la face. Délire. Gâtisme. Mort, in *Thèse Paris*, 1895.

N... Élisabeth, 56 ans, journalière, entre à l'hôpital le 19 janvier 1894. Aucun antécédent morbide.

7 janvier : d'emblée, le matin, l'érysipèle envahit l'oreille gauche, les joues, le nez, les paupières, le menton est respecté. Simultanément : céphalalgie, nausées, douleurs articulaires dans les genoux et les épaules.

9 janvier : la malade se soigne chez elle, ne consulte aucun médecin.

16 janvier : délire, surexcitation extrême. Carphologie.

19 janvier : la malade entre dans le service où l'on constate un érysipèle envahissant toute la face, le cuir chevelu est indemne. Délire violent. Râles nombreux dans les poumons. Respiration de Cheyne-Stokes.

Cœur, battements sourds réguliers.

Tube digestif : incontinence des matières depuis deux jours, urines albumineuses. Température : 38°2.

20 janvier : état local stationnaire. Pas d'inégalité pupillaire.

Hyperesthésie généralisée. Coma. Température : 37°.

21 janvier : mort dans le coma.

Autopsie : Poumons congestionnés. Cœur, rien. Foie : 1.600 grammes. Rate normale. Utérus, fibromes multiples et calcifiés.

Encéphale. Collection séro-purulente sur toute la partie corticale des deux hémisphères. A la base, quelques îlots purulents. Culture, streptocoque pur. Rien à la coupe des organes. Liquide céphalo-rachidien. Culture streptocoque pur. Dans les deux rochers, collection purulente abondante, ne donnant par la culture que du streptocoque pur.

Observation VII. — JEMMA. Méningite streptococcique consécutive à un érysipèle. Citée in *Bulletin médical*, 1896, p. 659.

Un perruquier de 38 ans, eut coup sur coup deux érysipèles.

Moins de cinq jours après la guérison du dernier érysipèle survint une troisième atteinte, plus grave cette fois, et compliquée de broncho-pneumonie.

A la suite de cette affection, le malade ne se remet pas complète-

ment. La fièvre reste élevée, une céphalée intense, des douleurs musculaires et articulaires, de l'incontinence des urines, une constipation absolue, de l'exagération des réflexes, de l'hyperesthésie de la peau ; bref, tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale apparurent. L'auteur fit deux ponctions, l'une de la rate, l'autre du cul-de-sac lombaire. Il trouve dans l'un et l'autre des liquides recueillis du streptocoque pur.

Le malade mourut quelques jours après. La nécropsie confirma ce diagnostic de méningite. Il y avait une leptoméningite exsudative purulente, dont le liquide contenait du streptocoque pur.

Observation VIII (Résumée). — PATOIR. Érysipèle de la face et du larynx. Méningite. Mort, *Médecine moderne*, 1897.

D. C..., 41 ans, entre le 23 décembre. Il présente des signes d'érysipèle de la face.

Il est fils unique et ses parents sont morts âgés d'affection inconnue.

Quant à lui, il a eu dans l'enfance la rougeole ; il a présenté depuis cette époque une série d'abcès froids et de lésions scrofuleuses de la peau qui ont laissé de nombreuses cicatrices au cou et sur les membres. Il a encore un foyer de lupus en activité sur le dos de la main gauche. A 25 ans, syphilis qui a paru bénigne. Habitudes fortement alcooliques.

Il y a 8 jours, il a fait une chute sur le nez ; il s'ensuit une épistaxis abondante ; 3 jours après, le nez se gonfle, devient douloureux, et une sécrétion nasale muco-purulente abondante apparaît. La fièvre s'allume et le malade se sent mal en train.

Au bout de 48 heures, la douleur gagnait l'arrière-gorge et le pharynx. Il éprouvait dans le fond de la gorge une cuisson violente, exagérée par chaque mouvement de déglutition. La bouche était sèche, la langue pâteuse, la soif vive. L'état général était devenu tout à fait mauvais. Bientôt la face entière se tuméfia, devint rouge, surtout dans sa partie gauche. Des céphalalgies intermittentes très pénibles, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, du délire nocturne apparaissent. On amène alors le malade à l'hôpital. Il se traîne péniblement, mais n'a aucune paralysie. Sa température est de 40°. La nuit est relativement assez calme.

Le lendemain matin, on constate un érysipèle de la face très net, avec rougeur vive et œdème de toute la face. Le cuir chevelu de même côté est infiltré et hyperesthésié. Rougeur sombre et œdème de toute la paroi postérieure du pharynx, des piliers, de la luette et du voile. Langue saburrale.

Le malade se plaint de bourdonnements d'oreilles. Pas de diarrhée ni de constipation. Les urines rares et foncées contiennent de l'albumine.

Le soir du 24, le malade qui avait eu une journée assez calme, est

pris de convulsions à caractère épileptiforme. Cette crise convulsive dure quelques minutes et le malade tombe dans le coma. On s'aperçoit alors que la face est déviée vers la gauche. Température : 40°1.

La nuit et la journée du 25 se passent dans le même état, le malade toujours assoupi. T. M. : 39°5. T. V. : 39°9.

Le 26 au matin, il y a toujours de l'œdème des paupières, mais la rougeur est moins vive et il n'existe pour ainsi dire plus de bourrelet. Légère desquamation sur le front et la joue à gauche.

Le malade est toujours dans un demi-coma : Tous les traits de la face sont fortement déviés à gauche, et la joue droite est soulevée comme un voile inerte par la respiration qui est stertoreuse. Paralyse faciale droite totale.

En même temps, on note une déviation conjuguée de la tête et des yeux du même côté. Pas d'inégalité pupillaire.

Le malade n'émet que des sons inarticulés. Donc, glossoplégie et aphasie. Pas de surdité verbale.

Du côté des membres, hémip légie droite totale, mais incomplète.

Réflexes exagérés.

La sensibilité ne paraît altérée dans aucun de ses modes.

Le malade gâte sous lui.

La respiration est bruyante, mais égale. Pas de toux, ni d'expectoration.

Le pouls est rapide et petit, mais régulier.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Le malade tombe dans le coma, et meurt dans la nuit du 26 au 27, sans nouvelles convulsions.

Autopsie : Méningite suppurée de la convexité du côté gauche.

Noyaux de broncho-pneumonie dans le poumon droit.

L'examen microscopique du pus montre des chaînettes de streptocoques.

La culture du liquide céphalo-rachidien est positive. La culture du sang est négative (voir page).

Observation IX (Résumée). — VIGOUROUX ET VIGIER. Pachyméningite suppurée simulant un syndrome de Weber chez un alcoolique au cours d'un érysipèle de la face, *Revue de Psychiatrie*, 1899.

M. A..., 23 ans, cavalier aux dragons, entre à l'hôpital le 23 décembre 1896, avec un érysipèle de la face. Homme de bonne santé habituelle. Marié et père de deux enfants bien portants.

Il s'est livré toujours à des excès alcooliques et a eu l'année précédente une hématomérose sans gravité.

Depuis longtemps, maux de tête, tendance à la somnolence.

A son entrée, le malade présentait une plaque érysipélateuse à cheval sur le nez, envahissant les deux joues, mais s'étendant surtout sur la joue droite.

Le 3^e jour, quelques nausées apparaissent; le soir la température tombe de 39°6 à 37°8 et s'y maintient le matin du 4^e jour.

En même temps on constate une hémiplegie totale du côté gauche. Le malade se trouve dans un état semi-comateux; il ne peut faire usage, ni de son bras, ni de sa jambe. La face du côté gauche est paralysée, les paupières sont lourdes; il les soulève difficilement, surtout celle du côté droit. L'œil droit est dévié en dehors et en bas. Le ventre est en bateau et la constipation survient. Il existe un certain degré de photophobie et d'héméralopie. Les nausées suivies de vomissements persistent et des crises convulsives apparaissent, ces convulsions sont généralisées, mais semblent prédominer à gauche et débiter par ce côté.

Les crises convulsives se répètent plusieurs fois dans la journée. Le 4^e jour, la température est remontée au-dessus de 39°.

Une injection de sérum antistreptococcique est pratiquée.

Du 4^e au 8^e jour, la fièvre diminue progressivement, les convulsions surviennent de nouveau, le malade est toujours dans la torpeur; il répond difficilement aux questions et se plaint souvent de la tête.

La sensibilité à la douleur, légèrement obtuse des deux côtés, est égale. Les réflexes tendineux sont abolis.

Le 9^e jour, à une nouvelle poussée érysipélateuse de la joue droite correspond une brusque ascension de température qui descend régulièrement jusqu'aux environs de 37° pour ne remonter que le 15^e jour à l'occasion d'un furoncle du cou.

Après l'ouverture de ce furoncle, la fièvre disparaît. la température se maintient au-dessous de 37° jusqu'à la mort.

Autopsie : Pachyméningite suppurée, prédominant au côté droit (voir page 23).

Observation X (personnelle). — Erysipèle de la face. Réaction méningée. Guérison.

M. V. Tripière, 19 ans, entre à l'hôpital Claude Bernard pour un érysipèle de la face.

L'érysipèle a débuté le 21 août, sur le côté droit du cou, accompagné de céphalée et de frissons.

Le 25 août, date de son entrée. La malade présente une plaque érysipélateuse typique occupant toute la moitié droite de la face, mais respectant le cuir chevelu. On note un petit ganglion douloureux à l'angle de la mâchoire.

Le cœur et les poumons sont normaux. Le foie est légèrement douloureux.

La rate mesure à la percussion 10 cm. × 4 cm.

Les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux.

L'examen de la gorge montre des amygdales grosses et rouges.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

La température est de 39°4. Le pouls est à 96, et la tension artérielle au Vaquez est de 13-9.

Le 27 août : l'érysipèle s'efface.

Angine pultacée. Température : 39°7. Tension artérielle : 11,6 1/2.

Le 28 août : apparition d'un strabisme convergent de l'œil gauche. Céphalée intense. Diminution très nette des reflexes tendineux.

Les reflexes pupillaires restent normaux.

Température : 39°4.

Le 29 août : même état. Par la ponction lombaire, on retire 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, hypertendu, dans lequel on ne trouve ni hyperalbuminose, ni éléments cellulaires.

Le 30 août : l'état général s'améliore, La céphalée diminue d'intensité.

Le 2 septembre : les réflexes redeviennent normaux. Il subsiste néanmoins une certaine paresie du muscle droit externe du côté gauche.

Le 5 septembre : tout est redevenu normal et la malade sort guérie.

Observation XI. — ROGER. Erysipèle de la face. Méningite pneumococcique. Mort (In *thèse Crochet*, Paris 1895).

D. Léon, 60 ans, menuisier : entré le 10 janvier 1894.

Le malade qui a déjà eu deux érysipèles, s'est aperçu le 3 janvier que son nez était enflé, rouge et douloureux; l'inflammation a gagné peu à peu la face, sans s'accompagner de phénomènes généraux.

Erysipèle léger, quelques petites phlyctènes sur la joue, et petits abcès à la partie inférieure du nez. Pas de fièvre. Pas d'albuminurie.

Le 16 janvier : l'érysipèle qui semblait s'améliorer a augmenté de nouveau.

Les urines contiennent des traces d'albumine. On constate en même temps un peu de raideur de la nuque, les mouvements que l'on veut imprimer à la tête déterminent de vives douleurs.

Le 17 janvier : le malade est dans le coma. La nuque est raide. Les membres inférieurs sont contracturés. Il est impossible de rechercher les réflexes. Râles de bronchite. Cet ensemble symptomatique fit diagnostiquer une méningite et ces manifestations coïncidant avec une nouvelle poussée d'érysipèle, on suppose qu'il s'agissait d'une propagation du streptocoque vers les enveloppes cérébrales.

Le 18 et le 19 janvier : aucune modification.

Le 19 janvier au soir : l'auscultation releva un léger souffle à la base droite.

Le malade succomba sans autre agonie le 20 janvier.

Autopsie : Poumon gauche, congestion à la base, toutes les parties sont aérées et surnagent. Poumon droit, splénisation à la base.

Encéphale : exsudat opalescent sur toutes les méninges cérébrales s'étendant à la base, mais prédominant à la face convexe, au niveau de la deuxième circonvolution frontale droite, on trouve une plaque

fibrineuse. Les vaisseaux des scissures sylviennes sont entourés d'exsudats, épais, jaunâtres.

Le cerveau, le bulbe, le cervelet, la moelle sont intacts, leurs enveloppes sont envahies.

Examen bactériologique :

Le poumon droit, les méninges et le liquide céphalo-rachidien contiennent du pneumocoque, et quelques colonies de streptocoques.

Observation XII. — NOBÉCOURT et PHYRE. Méningite à streptocoques chez un soldat du front. *Bull. Société méd. des Hôp.* 1917.

Le malade entre le 27 Mars 1916; il vient d'une ambulance chirurgicale où il était soigné pour une fracture du crâne avec lésion encéphalique de la région frontale gauche, et avait été trépané le 11 Mars. Il est atteint d'un érysipèle qui a débuté la veille au voisinage de la plaie.

Température axillaire : 39°2. Pouls : 84. Il existe un érysipèle étendu du cuir chevelu et de la face, avec gros œdème. Urines albumineuses.

La ponction lombaire ramène un liquide légèrement hématique.

Le 30 Mars : L'érysipèle a rétrogradé; il ne reste qu'un peu d'œdème des lèvres.

La température se maintient entre 39° et 40°.

Le 31 Mars : Torpeur, nuque raide, Kernig surtout à droite, tremblement des doigts. Réflexes patellaires normaux. Pas de Babinski.

Une deuxième ponction lombaire retire 25 centimètres cubes de liquide trouble, un peu jaune, hypertendu, contenant de nombreux polynucléaires, des cocci arrondis, isolés ou en courtes chaînettes de 3 à 6 cocci; quelques-uns englobés dans des polynucléaires. Sur gélose, on obtient de fines colonies. Le bouillon reste clair, avec un dépôt granuleux formé de longues chaînettes de streptocoques. L'analyse chimique donne 2 gr. 24 d'albumine. On injecte de l'électrargol.

Le soir, la raideur de la nuque est un peu diminuée, le Kernig un peu moins marqué à gauche. Il y a des secousses musculaires dans les avant-bras.

Le 1^{er} Mai : Température 39°9. 90 pulsations. Coma. Raideur de la nuque et Kernig très accentué.

La substance cérébrale fait hernie à travers l'orifice crânien.

Une ponction faite jusqu'à une profondeur de 7 centimètres, ne retire pas de liquide.

Une troisième ponction lombaire retire 25 centimètres cubes de liquide teinté en brun jaunâtre par l'électrargol injecté la veille, qui donne rapidement un abondant réticulum fibrineux. Albumine, 11 gr. 10. Mort le même jour.

Autopsie : Lobe frontal gauche ramolli, creusé d'une cavité à trajet antéro-postérieur; on peut introduire trois doigts.

Les vaisseaux de la convexité sont dilatés. Il existe quelques traînées purulentes le long du sillon de Rolando gauche.

Pas d'autres lésions appréciables.

IV

CONCLUSIONS

Les complications méningées, et notamment la méningite suppurée sont exceptionnelles au cours de l'érysipèle de la face.

La rareté des complications au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée, la rareté de la septicémie proprement dite en sont les principales raisons.

Le caractère exceptionnel des lésions méningées s'oppose à la fréquence des manifestations nerveuses au cours de cette forme d'érysipèle.

Les complications méningées sont également rares dans l'érysipèle de la face, avec septicémie ou septico-pyohémie.

En dépit des résultats expérimentaux, et en dehors des conditions que nous venons d'invoquer, les faits cliniques montrent que le streptocoque ne présente pas vis-à-vis des méninges une affinité équivalente à celle du méningocoque, du pneumocoque et même du gonocoque.

Le pneumocoque a d'ailleurs été retrouvé, pur ou

associé au streptocoque dans quelques faits de complications méningées de l'érysipèle.

La méningite suppurée, quand elle existe, paraît être la localisation tardive d'une forme anormale et particulièrement grave de l'érysipèle de la face.

Vu : le Président,
M. TEISSIER

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ACHALME. — Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle de la face et ses complications. *Thèse Paris*, 1892, n° 158.
- ADENOT. — Méningites microbienne. *Thèse de Lyon*, 1889.
- ALAMELLE. — Méningites séreuses. *Thèse de Nancy*, 1897.
- CONSTANT. — Méningite cérébrale, puis méningite spinale consécutives à la rétrocession d'un érysipèle de la face. *Gazette médicale de Paris*, 1833, p. 297.
- CROCHET. — Les accidents nerveux de l'érysipèle. *Thèse de Paris*, 1893, n° 517.
- DENUCÉ, — Anatomie pathologique et pathogénie de l'érysipèle. *Thèse de Bordeaux*, 1886.
- DORTER. — Paralysie faciale au cours d'un érysipèle ambulant. *Progrès médical*, 1907, p. 853.
- DU CAZAL. — Erysipèle de la face. Abscess du tissu cellulaire de l'orbite. Méningite suppurée. Mort. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1890. p. 3.
- DUHAMEL. — Erysipèle du cuir chevelu. Méningite aiguë. *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*. Paris 1863, p. 701.
- DUPRÉ. — Réflexions sur le méningisme. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1900.
- GRENET. — Syndromes méningés aigus au cours des états infectieux. *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 1912, p. 107.
- HAYEM. — De la méningite dans l'érysipèle de la face. *France médicale* 1873, p. 81 et 97.
- IZACHICK. — *Erysipèle phlegmoneux de la face, compliqué par une méningite purulente et une pyohémie*. Saint-Petersbourg, 1904.
- JEMMA. — *Gaz. d. Osped.* 1896, n° 66. Citée dans *Bulletin médical*, 1896, p. 659.

- LERICHE. — Etude étiologique des méningites séreuses aiguës.
Thèse de Paris 1907, 1908, n° 323.
- LÉVI (Ch.). — Infection streptococcique des méninges au cours d'un érysipèle chez un nouveau-né. *Bulletin Société anatomique*, 1896, p. 636.
- MAGRENNA. — De la voie d'infection nasale dans la méningite.
Thèse de Bordeaux, 1901.
- MAHU. — Mastoïdite et érysipèle. *Annales des maladies de l'oreille*. Masson, décembre 1922. p. 1030.
- NETTER. — Méningite due au pneumocoque, avec ou sans pneumocoques. *Archives générales de médecine*, mars et avril 1887.
- NOBÉCOURT ET PEYRE. — Méningite à streptocoque chez un soldat du front. *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 1917, p. 582.
- PATOIR. — Erysipèle de la face, méningite et broncho-pneumonie. *Médecine moderne*, 1897; p. 417.
- PIORRY. — Erysipèle de la face. Méningite. Mort. *Gazette des Hôpitaux*, 1862.
- ROGER (H.). — Contribution à l'étude clinique de l'érysipèle. *Revue de Médecine*, 1895, p. 900.
— Contribution à l'étude clinique de l'érysipèle. *Revue de Médecine*, 1896, p. 192.
— Les maladies infectieuses. Paris, 1902.
— Streptococcies dans *Nouveau Traité de Médecine*. Tome I. Paris 1922.
- VIGOUROUX ET VIGIER. — Pachyméningite suppurée simulant un syndrome de Weber, au cours d'un érysipèle de la face. *Revue de Psychiatrie* 1899, p. 277.
- VOISIN (Roger). — Les méninges dans les affections respiratoires.
Thèse Paris. 1902.
— Méningites dans *Traité de Médecine et Thérapeutique*. Tome XXXV, Paris 1912.

~~~~~  
COULOMMIERS

Imprimerie E. DESSAINT — 123.  
~~~~~


